Lane Medical Library

Ein Fall von
akuter Dakryoadenitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Donnerstag den 3. Juni 1897

Nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Gustav Döring

aus Schlochau (Westpr.)

Opponenten:

Herr Cand. med. Ernst Dunkel.
Herr Dr. med. Fritz Monsehr.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0136

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken meines teuren Vaters

gewidmet.

In dem 1896 erschienenen Buch „Zur Kenntnis der gesunden und kranken Thränendrüse“ hat Bock seine Beobachtungen über die Erkrankungen der Thränendrüse niedergelegt und sorgfältig die in der Litteratur zerstreuten Fälle gesammelt.

Die grosse Verschiedenheit der Erscheinungen bei den verschiedenen Erkrankungen und Individuen, regte Bock an, zunächst selbstständige anatomische Untersuchungen der Thränendrüse an Leichen anzustellen. Schon eine kleine Anzahl von Untersuchungen ergab nun, was Lage, Grösse und Gestalt des Hauptanteils und das Verhalten des Nebenanteils der Thränendrüse betrifft, grosse Unterschiede mit den sogenannten normalen Verhältnissen, wie eine grosse Verschiedenheit in dem Verhalten der Thränendrüse. Selbst bei ein und derselben Leiche zeigten sich die beiden Thränendrüsen verschieden.

Die darauf angestellten klinischen Untersuchungen konnten sich eigentlich nur auf den Nebenteil der Drüse, den Bildanteil, die accessorische Thränendrüse, erstrecken, da, abgesehen von den bedeutenden krankhaften Vergrösserungen, nur dieser beim Lebenden sichtbar ist. Zur klinischen Untersuchung hebt man das obere Lid und lässt gleichzeitig nach unten blicken; dann tritt die accessorische Thränendrüse, falls sie vorhanden und mindestens linsengross ist, mit der sie deckenden Conjunctiva des Uebergangsteiles gegen den äusseren Lider-

winkel vor. Schlägt dieser Versuch fehl, so kann man auch dadurch die Drüse wahrnehmbar machen, dass man das Oberlid auf dem Bulbus auf- und abschiebt; dann zeigt sich die Thränendrüse als gelappter, gelber oder rötlicher Körper unter der durchscheinenden Conjunctiva. Alle diese Untersuchungen sind jedoch nur bei grossen, hervortretenden Augen von Erfolg begleitet, während es bei kleinen Augen garnicht oder nur sehr schwer gelingt, ebenso wenig wie bei angeborener oder erworbener Verkleinerung der Lidspalte. Am besten eignen sich jugendliche Individuen mit schlaffer Bindehaut, da man mit solchem Augenlid leichter Bewegungen ausführen kann. Ferner sieht man die accessorische Thränendrüse am besten bei blutarmen Menschen, da bei diesen die Bindehaut und Kapsel der Drüse nur wenig mit Blut gefüllt und somit durchsichtiger ist.

Eine nicht krankhafte Vergrösserung des Hauptanteils der Thränendrüse drängt nur selten die temporale Hälfte des oberen Lides hervor, und eine geringe Verwölbung des Oberlides infolge geringer Vergrösserung der Thränendrüse ist nur bei ganz genauer und scharfer Beobachtung und Untersuchung zu constatieren.

Die Thränendrüse erkrankt nun einerseits unabhängig von einer Erkrankung der Bindehaut oder des Augapfels, also ohne Begleiterscheinung einer anderen Erkrankung des Auges zu sein, andererseits und zwar meistenteils im Gefolge einer anderen Augenkrankheit.

Die ersten primären Erkrankungen der Thränendrüse teilt man ein in acute und chronische Dakryoadenitis.

Die fast stets nur an einem Auge auftretende acute Entzündung der Thränendrüse verursacht Vorwölbung der temporalen Hälfte des Oberlides, als ob dasselbe geschwollen wäre, was jedoch nicht der Fall ist. Zwar

tritt meistenteils eine Schwellung des Oberlides hinzu, doch ist dieselbe nicht zu vergleichen mit der Heftigkeit der eigentlichen Erkrankung. Es zeigt sich eine bald grössere, bald geringere Ptosis. — Während die Conjunctiva des Oberlides stets gerötet ist, kann die des Bulbus bald nur im äusseren oberen Anteil Reizung und Entzündung, bald aber auch den stärksten Grad von Chemosis zeigen.

Am Augapfel beobachten wir eine Vortreibung, eine Verschiebung nach innen und unten und daher eine behinderte Beweglichkeit. Gleichzeitig klagen die Patienten über Schmerzen, die von dem Dache der Orbita nach Stirn, Schläfen und selbst dem Oberkiefer ausstrahlen. — Die im übrigen schmerzhafte Palpation der Thränendrüse zeigt eine ganz verschiedene Volumenzunahme, bisweilen bis zur Grösse eines Taubeneies. Zur Ausführung der Palpation muss man mit dem kleinen Finger unter dem oberen Rande der Augenhöhle eindringen. — Hervorzuheben ist, dass die accessorische Drüse, der Liderteil, keineswegs immer und nicht in entsprechendem Masse eine Volumenzunahme constatieren lässt; sie kann völlig normale Grösse besitzen, während der Hauptanteil geschwollen ist. Man darf also nicht von dem Verhalten der accessorischen Drüse auf das der Hauptdrüse schliessen, sondern man muss nur den Zustand des Oberlides berücksichtigen. — Die Thränensekretion ist eine verminderte, obgleich infolge der Blutüberfüllung der Conjunctiva die Conjunctivalflüssigkeit vermehrt ist. Die Augen sind trocken, wie schon von Himby[1]) und Jünghen[2]) betont wird.

---

[1]) Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges, 1843.

[2]) Die Lehre von den Augenkrankheiten, 1836.

Schon nach wenigen Tagen tritt entweder Eiterung in der Drüse ein oder nicht; die Ursache der Krankheit ist hierfür wohl das entscheidende Moment, ebenso wie für den Allgemeinzustand des Patienten. Fieber, Unbehagen, Appetitlosigkeit können bestehen. Oftmals sind die benachbarten Lympfdrüsen geschwollen, bisweilen sogar ganz bedeutend und zwar besonders die am Halse. Eine derartige starke Schwellung kann einen Druck auf die Venae jugularis ausüben, so dass Cyanose des Gesichtes und Schlingbeschwerden auftreten. Auch die Parotis zeigt in manchen Fällen eine Schwellung. —

Was den Endausgang der acuten Dacryoadenitis anbetrifft, so ist derselbe stets ein günstiger, mag auch die Thränendrüse sich längere Zeit im Zustande geringer Vergrösserung mit verminderter Sekretion befinden. Adam Schmidt[1]) und Baer[2]) beschreiben eine Thränendrüsenfistel, welche nach einer acuten Dacryoadinitis durch Zerstörung eines Ausführungsganges zurückgeblieben war.

Die Behandlung besteht anfangs in der Anwendung von feuchter Wärme und hat die Ursache der Erkrankung zu berücksichtigen. Bei eingetretener Eiterung wird möglichst frühzeitig zu incidieren sein.

In differentialdiagnostischer Beziehung muss zunächst, wenn auch nur in den ersten Tagen, eine Periostitis orbitae berücksichtigt werden. Ist der Eiter schon zum Durchbruch gelangt, so wird man die Diagnose sichern durch Druck auf die Gegend der Thränendrüse, denn dann wird sich bei noch vorhandener Eiterung Eiter, nach Aufhören der Eiterung eine wässrige Flüssigkeit, Thränen, entleeren. — Eine Tenonitis, die ferner für die

[1]) Über die Krankheiten des Thränenorgans. Wien 1803.
[2]) Lehre von den Augenkrankheiten. Wien 1813.

Differentialdiagnose in Betracht kommt, erkennt man daran, dass der Bulbus gradeaus nach vorn vorgedrängt und seine Beweglichkeit nach allen Seiten hin beschränkt oder gar völlig aufgehoben ist, und dass ferner gleichzeitig an der ganzen Conjunktiva des Bulbus eine Schwellung oder sogar Chemosis besteht. —

Während die acute Dacryoadenitis unter ziemlich stürmischen Erscheinungen auftritt, zeichnet sich die chronische Form dadurch aus, dass sie langsam und anfänglich ohne bemerkbare Beschwerden sich entwickelt und dem Patienten erst eigentlich zum Bewusstsein kommt, wenn sie schon ziemlich weit vorgeschritten ist.

Als erste Veränderung fällt dem Patienten die Ptosis auf, die schon so bedeutend sein kann, dass sie ihn am Sehen verhindert. Der Grund für die Ptosis liegt darin, dass die temporale Hälfte des Oberlides vorgetrieben ist und der M. levator palpebrae superioris durch Druck beeinträchtigt wird; vielleicht sind bisweilen auch die stärkere Blutfülle und eine Schwellung des Oberlides besonders der Haut desselben mitbeteiligt am Zustandekommen der Ptosis. Diese Veränderungen am Oberlide widerstehen recht hartnäckig der Heilung und treten immer wieder auf, wenn das Grundleiden nicht wirklich und völlig beseitigt war.

Die Thränendrüse schwillt bis zur Grösse einer Wallnuss an, zeigt Elasticität und harte Consistenz, ist garnicht oder nur wenig nach beiden Seiten verschieblich oder etwas nach rückwärts in die Augenhöhle zurückzudrängen. Während bei der acuten Dakryoadenitis sich der Hauptanteil der Drüse durch Palpation nicht abgrenzen lässt wegen der diffusen Schwellung der Umgebung, ist es bei der chronischen Entzündung sehr wohl möglich. Ist die Schwellung eine starke, so ragt die vergrösserte Drüse, deren Oberfläche höckrig und die

bisweilen durch tiefe Furchen in grössere Lappen geteilt ist, mit einem stumpfen Rande unter dem oberen Orbitalrande hervor. Die Grösse der Schwellung ist nun aber keine konstante, sondern sie unterliegt sogar Schwankungen an einem und demselben Tage, und zwar ist sie des Abends nach angestrengter Thätigkeit eine bedeutendere als des Morgens. So hat Caudron bei einer 34jährigen Frau, bei welcher die seit 6 Monaten bestehende Schwellung des Augenlides während der Menstruation zunahm, gesehen, dass nach dem letzten Anfalle eine Schwellung der Thränendrüse zurückblieb und zwar rechts bedeutender als links.

Jedoch wird wohl in diesem Falle die Schwellung der Lider ein Zeichen der schon seit längerer Zeit bestehenden Erkrankung der Thränendrüsen gewesen sein, letztere aber erst erkannt wurde, als sie einen stärkeren Grad und eine bleibende Gestalt annahm. Krankheiten, die mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergehen, wie z. B. Bauchfellentzündung können eine vorübergehende Abschwellung der erkrankten Thränendrüse zur Folge haben. — Nicht immer ist die obere Übergangsfalte der Conjunctiva vorgewölbt, sondern das Verhalten der accessorischen Drüse ist hierfür entscheidend, ob sie nämlich sichtbar ist oder nicht. — Der Bulbus ist nicht stets vorgetrieben, doch ist seine Beweglichkeit fast stets behindert.

Bei einer Vortreibung des Bulbus besteht zu gleicher Zeit eine nasale Ablenkung, wobei dann natürlich Doppelbilder gesehen werden.

Nur in einzelnen Fällen secernieren die Thränendrüsen in normaler Weise; meistens wird nur wenig, bisweilen gar kein Sekret von ihnen geliefert. Die Kranken klagen nicht nur über das Gefühl der Trockenheit der Augen, sondern es kommt auch zur Ver-

trocknung des Epithels der Hornhaut. Die mangelhafte Befeuchtung des Auges ist der Grund der Bindehautentzündung, welche diese Krankheit immer begleitet, weil Verunreinigungen, wie Staub etc. wegen des Fehlens der Thränen im Conjunctivalsack liegen blieben und als Reiz wirken. In einigen Fällen ist die Bindehautflüssigkeit vermehrt und sogar schleimig eitrig.

Nur wenn ein gemeinsames Grundleiden eine Erkrankung des Augenhintergrundes zur Folge hat, ist der Augapfel in Mitleidenschaft gezogen; in allen anderen Fällen ist er stets gesund, während im Allgemeinbefinden oft Störungen auftreten. Merkwürdigerweise sind viele chronische Entzündungen der Thränendrüse complicirt mit Schwellungen sowohl der Parotis als auch der Submaxillaris und Sublingualis, wobei dann Klagen über Trockenheit im Munde bestehen. Es wird sich hierbei wohl um entzündliche Veränderungen in dem Drüsengewebe der Speicheldrüsen handeln. Auch Schwellungen der Lymphdrüsen in der Nachbarschaft des Auges und am Halse kommen mitunter vor.

Was die Dauer der chronischen Dakryoadenitis anbetrifft, so kann sie sich von einigen wenigen Wochen bis über mehrere Jahre hin erstrecken. Nur in wenigen Fällen war der Ausgang ein letaler, sonst stets ein günstiger, so dass Heilung oder bedeutende Besserung eintraten.

Wenn sich auch die Einteilung der Entzündung der Thränendrüse in eine acute und eine chronische von vornherein aufdrängt, da sich die Erscheinungen dieser beiden Formen zuweilen durch ihre grössere oder geringere Heftigkeit scharf voneinander unterscheiden, so ist doch diese Zweiteilung nicht streng durchführbar, weil gerade Übergangsformen nicht selten sind.

Fragen wir uns nun nach den Ursachen der acuten

und chronischen Entzündung der Thränendrüse, so finden wir zwischen Ursache und Form so mannigfaltige Beziehungen, dass in einigen Fällen die beiden Begriffe sich beinahe decken.

Obwohl die Lage der Thränendrüse eine derartig geschützte ist, dass es eigentlich schwer verständlich ist, wenn sie von Verletzungen unmittelbar betroffen werden kann, so liegen doch verschiedene sichere Beobachtungen in dieser Richtung vor. Mehrere Fälle von Entzündung mit nachfolgender Eiterung hat man infolge direkter Verletzung der Thränendrüse eintreten sehen.

Eine andere Reihe von Entzündungen werden auf Erkältung zurückzuführen gesucht, da trotz genauester Nachforschungen ein anderes ätiologisches Moment nicht gefunden werden konnte. Die Fälle von Caudron[1]) Elschning[2]), Giagat[3]), lassen sich ganz ungezwungen auf Erkältungsursache zurückführen.

Eine weitere Anzahl von Fällen steht mit acuten Infectionskrankheiten in Beziehung und zwar sind dies fast ausnahmslos Entzündungen mit acuten Erscheinungen, auch Eiterbildung. Diese Fälle hängen mit allgemeiner Infection zusammen, passen sehr gut in das allgemeine Bild, welches wir von Infectionskrankheiten haben und tragen auch dazu bei, manche Einzelheit dieses Bildes zu klären. Von Lindner[4]) werden mehrere Fälle von acuter Dakryoadenitis mitgeteilt, die nach Masern, Scharlach, Flecktyphus und Dyphterie des Rachens auftreten, ferner ein Fall nach Influenza. Pooley[5]) beschreibt einen Fall von Dakryoadenitis bei Diphteritis

[1]) Nach Nagel's Jahresbericht XVIII. pag. 422.
[2]) Centralblatt für Augenheilkunde, 1891, pag. 353.
[3]) Annales d'oculistique LXXI, pag. 26.
[4]) Wiener medizinische Wochenschrift. 1891.
[5]) Nach Nagel's Jahresbericht. XV, pag. 612.

conjunctiva des anderen Auges. Scheffels[1]) teilt einen Fall mit von beiderseitiger acuter Dakryoadenitis ohne Eiterung, aber den heftigsten örtlichen und allgemeinen Erscheinungen; als Ursache wurde eine Infection mit Strahlenfäule der Pferde angenommen.

Wyss[2]) fand bei einem Fall von Herpes Zoster ophtt. in der Thränendrüse der entsprechenden Seite eine interstitielle Eiteransammlung und Absesse in der Drüsensubstanz. Carré[3]) beschreibt einen Fall von acuter Dakryoadenitis mit Erysipelas des oberen Lides bei einem 32jährigen Kranken. —

Ueber Abscesse der Thränendrüse berichten Hutchinson[4]) und Schiess,[5]) über acute Dakryoadenitis ohne nachweisbare Ursache Galezowske,[6]) Horner,[7]) De Lapersonne,[8]) von Reuss,[9]) Sgrosso,[10]) und Snell.[11]) —

Die Ursache für die chronische Entzündung der Thränendrüse bestehen in Lues, Tuberkulose, Leukämie, Skrophulose, Mumps-Epidemie. Das bei Schwangerschaft beobachtete Auftreten einer chronischen Dakryoadenitis wird wohl auf eine Infection zurückzuführen sein,

---

[1]) Centralblatt für Augenheilkunde, 1890, pag. 130.

[2]) Wedl-Bock, Pathologische Anatomie des Auges, 1885, pag. 368.

[3]) Nach Nagel's Jahresbericht, XIII, pag. 495.

[4]) Nach Nagel's Jahresbericht II, pag. 404 u. Remeil d'ophtt. 1886.

[5]) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1871.

[6]) Nach Nagel's Jahresbericht, IV pag. 471.

[7]) Klinische Monatsblätter für Augenheilhunde, 1866.

[8]) Nach Nagel's Jahresbericht XXII, pag. 484.

[9]) Wiener medic. Presse 1855. Separatabdruck.

[10]) Nach Nagel's Jahresbericht XXI, pag. 408.

[11]) Nach Nagel's Jahresbericht XXII, pag. 484.

die, vorher latent, erst unter dem Einfluss der Schwangerschaft lebendig wird.

In dem folgenden Teil der Arbeit mögen die obenangeführten Fälle von acuter Dakryoadenitis des näheren wiedergegeben werden.

Candron berichtet über eine auf der Klinik E Meyer's gemachte Beobachtung von doppelseitiger Entzündung der Thränendrüse, auf der rechten Seite verbunden mit deutlicher Fluctuation. Die betreffende Kranke gab an, bereits 6 Monate, jedesmal zur Zeit der Menses, eine leichtere Anschwellung in der Region der beiden Thränendrüsen bemerkt zu haben, welche nach 8—12 Tagen wieder völlig zurückging.

Elschnig: Patient bemerkte am Morgen des 23. IX. 1891 nach dem Erwachen, dass er das rechte Auge infolge einer Anschwellung des oberen Lides nicht gut öffnen könne. Die Schwellung nahm rasch zu, heftige Schmerzen in der rechten Orbita bei Bewegungen der Augen, und Kopfschmerz treten ein; am nächsten Morgen war das linke Auge in gleicher Weise erkrankt. Wegen der fortdauernden Schmerzen und des Unvermögens, die Augen gut zu öffnen, ging er ins Spital. Vor der Erkrankung hatte er sich erkältet.

Obere Lider sind geschwellt, stark gerötet, sehr heiss, über die Bulbi herabgesunken, können nicht umgestülpt und nicht in die Orbita zurückgedrängt werden; die Knorpel von normaler Cornistenz. In dem lateralen zwei Drittel ist der Orbitalrand beider oberen Lider über den knöchernen Orbitalrand vorgetrieben durch eine sehr deutlich tastbare, pralle Geschwulst, die sich an dem lateralen Lidrande undeutlich abgangbar beginnend bis zur Grenze des medialen und mittleren Drittels der oberen Lider erstreckt, an ihrem medialen Rande mit einem rundlichen Contur scharf begrenzt endet. Die

Haut ist darüber vollkommen leicht verschiebbar; die Geschwulst selbst, während der knöcherne Orbitalrand nirgends druckempfindlich ist, im höchsten Grade auf leichtesten Fingerdruck schmerzend. Die Lidspalte kann bei äusserster Anstrengung unter Frontaliswirkung rechts kaum auf mehrere Millimeter Breite, links garnicht activ geöffnet werden. Beide Bulbi nach innen und unten und in leichtem Grade auch nach vorn dislociert, ihre Bewegungen in allen Richtungen etwas behindert, am stärksten nach aussen und oben, und sehr schmerzhaft. Die Bulbusbindehaut ist hochrot, besonders in den oberen und äusseren Partieen die Cornea wallartig überragend. Starke Hyperämie und reichliche Schleimsekretion der übrigen Bindehaut, kein Thränenfluss. Ophthalmoskopisch kein pathologischer Befund; bei passiv geöffneter Lidspalte giebt der Kranke an, mit jedem Auge gut zu sehen. Funktionsprüfung wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht möglich. - Praeauriculardrüse ebenso wenig, wie die Speichel- und Lymphdrüsen am Halse verändert.

Therapie: Bettruhe, heisse Tücher über Kopf und Augen; 4 gr. natr. salicyl. pro die in refracta dosi.

Am 29. IX. 1891 war die Thränendrüse nicht mehr deutlich zu fühlen, die accessorische Thränendrüse nicht sichtbar und fühlbar. Stellung der Lider und der Bulbi, ebenso ihre Beweglichkeit und Funktion ganz normal. Nur Conjunctivitis blieb noch längere Zeit zurück.

Gayat: Les troubles de la sécrétion lacrymale pendant et oprés la maladie me fontrejeter l'idée d'un abcès limité au tissu péri glandulaire; l'absence des éléments osseux dans le plus recueilli, celle de douleurs et de cicatrices profondes, ainsique l' appazition rapide de la suppuration après un refroidissement, combattend l'ideé d'un abcès consécutif à unne carie on à une périostite orbitaire.

Lindner: 1. Akute linksseitige Dakryoadenitis mit Eiterung, in Verbindung mit einer linksseitigen Dakryocystitis bei einem 42jährigen Patienten nach Erysipelas. Dauer 6 Wochen.

2. Akute linksseitige Dakryoadenitis ohne Eiterung bei einem 15jährigen Bauernburschen nach einem Hufschlage von einem Füllen. Dauer 3 Wochen.

3. und 4. Zwei Fälle von acuter Dakryoadenitis mit Eiterung bei einem 12jährigen Mädchen rechts und 8jährigen Knaben (links) nach Scarlatina. Dauer 5 Wochen.

5. Akute Dakryoadenitis linkerseits mit bedeutender Schwellung der Parotis, der Cervical- Submaxillardrüsen; acuter Mittelohrkatarrh mit Durchbruch des linken Trommelfelles bei einem 9jährigen Knaben infolge von Diphtheritis faucium. Dauer 3 Wochen.

6. Akute Dakryoadenitis beiderseits; bedeutende Schwellung der Cervical-, Submaxillar- und Sublingualdrüsen bei einem 8½jährigen Knaben infolge von Masern. Dauer 25 Tage.

7. Akute Dakryoadenitis ohne Eiterung, beiderseits; stürmischer Verlauf bei einem 28jährigen Patienten; starb am 10. Tage am Typhus exanthematicus.

8 und 9. Zwei Fälle von rechtsseitiger subakuter Dakryoadenitis mit Eiterung und geringer Schwellung der Parotis, der Cervical-, Submaxillar- und Inguinaldrüsen bei einem 26jährigen und einem 32jährigen mit Syphilis behafteten Arrestanten. Dauer 8 Wochen.

10 und 11. Beiderseitige Dakryodenitis mit chronisch-sthenischem Verlauf bei zwei scrophulösen, leukämischen (6- und 7jährigen Mädchen; Milz stark vergrössert. Dauer 21 Wochen.

12. Ein Fall von akuter linksseitiger Dakryoadenitis; pralle Infiltration des ganzen linken Oberlides, enormes

Schmerzgefühl bei Berührung der Thränendrüsengegend; linke Parotis geschwollen, Schmerz in der linken Oberkieferseite beim Oeffnen des Mundes. Schwellung der Cervical-, Sublingualis- und Submaxillardrüsen. Da Lindner an einen metastatischen Prozess, durch irgend einen Infectionsstoff bedingt, dachte, verordnete er 1 gr Jodkali täglich. Einreibungen von Argent. cinereum cum Extract. Opii aquos. und warme Kataplasmen von Farin. semin. lini auf die Thränendrüse. Die Schwellung sämmtlicher Drüsen nahm auch sichtbar täglich ab; die pralle Infiltration des linken Oberlides und die Schmerzhaftigkeit der Thränendrüse schwanden allmählig, das Lid wurde am 8. Tage weich und umstülpbar. Man bemerkte beim Evertiren des Oberlides eine vorspringende fluctuierende Geschwulst, auf die er energisch einstach; er entleerte mindestens 10 gr stark riechenden Eiters. Mit den Einreibungen und Jodkali wurde sistiert, jedoch täglich 2 mal mit Kali hypermangan. die Thränendrüse ausgespritzt. Am 18. Tage völlige Heilung. — Es lag hier vielleicht Lues vor, doch war es unbestimmt. Er glaubt, dass Individuen mit hereditärer Anlage durch eine so eminent infectiöse Erkrankung wie die Influenza, leichter als sonst früher Gesunde zu Adenitiden inklinieren.

Pooley: Acute Entzündung der rechtsseitigen Thränendrüse. Bei einem an chronischem Trachom beider Augen leidenden 24jährigen Mädchen war nach einer intercurrenten schweren diphtheritischen Entzündung der linksseitigen Conjunctiva unter Abstossung der Hornhaut eben das blennorrhoische Stadium erreicht, als eine sehr starke Schwellung der rechten Augenlider, namentlich des oberen, sowie Chemosis auftrat und in der Gegend des oberen äusseren Winkels der rechten Orbita eine schmerzhafte, abgegrenzte, nicht fluctuierende Geschwulst fühlbar wurde, die sich auf die Thränendrüse bezog.

Da beim Ausbruch der Entzündung leichtes Fieber und erhebliche Störung des Allgemeinbefindens bestand, so vermutete Pooley eine mit der diphtheritischen Erkrankung des anderen Auges zusammenhängende, septische Entstehung.

Scheffels: veröffentlicht ebenfalls — aus der Armenaugenheilanstalt in Wiesbaden — einen Fall von akuter, doppelseitiger, nicht eitriger Thränendrüsenentzündung. Derselbe betraf einen 24jährigen Schmied, der seit 3 Tagen über mässig heftige Schmerzen in beiden Augen und in der Stirne, sowie über leichte Schlingbeschwerden bei ungestörtem Allgemeinbefinden klagte. Das Gesicht zeigte eine stark cyanotische Färbung, beide Oberlider eine prall ödematöse Schwellung, die Thränendrüsen waren fühlbar in Taubeneigrösse geschwollen. Ferner fand sich doppelseitig eine ausserordentlich starke Schwellung der submaxillaren Speichel- und Lymphdrüsen. Durch Druck auf die Halsgefässe erzeugten sie die Cyanose des Gesichtes und in der Retina eine Hyperämie der Venen. Ebenso waren beiderseits die Cubital- und Inguinaldrüsen in mässigem Grade geschwellt und die Milz vergrössert. Wahrscheinlich war die Erkrankung durch Infection des Patienten von einem an sogenannter bösartiger Strahlenfäule des Hufes leidenden Pferde aus erfolgt. Letztere ist eine Art ulcerierenden Papilloms und mit reichlicher, jauchig-flüssiger Sekretion verbunden. Patient war am 13. Tage geheilt.

Wyss: fand bei einem Fall von Herpes Zoster ophth. in der Thränendrüse der entsprechenden Seite eine interstitielle Eiteransammlung und Abscesse in der Drüsensubstanz.

Carré: beschreibt bei einem 35jährigen Kranken eine heftige Entzündung der Thränendrüse mit Erysipelas des oberen Lides.

Hutchinson: beschreibt eine schmerzhafte Schwellung in der Gegend der linken Glandula lacrymalis bei einem 8jährigen Knaben, welche incidiert wurde, 14 Tage eiterte und dann heilte, als Abscess der Thränendrüse.

Schiess: Der 51jährige, gesunde, kräftige Mann erklärt, seit 8 Tagen um das rechte Auge herum Schmerzen zu empfinden, seit dieser Zeit seien auch die Lider geschwollen. S beiderseits = 1. Das rechte Auge kann nur teilweise geöffnet werden. Besonders das obere, aber auch das untere Lid sind gegen den äusseren Winkel hin stark geschwellt. Die äusseren Partieen der Conjunctiva Bulbi sind blass ödematös, der obere Orbitalrand gegen Druck empfindlich. Die sich beständig steigernden Schmerzen nehmen nachts noch besonders an Intensität zu.

In nächsten Tagen wechselt das Befinden, doch zeigten sich die Schmerzen immer noch in der Nacht. Auch die umliegende Schläfen- und Wangengegend fing an, leicht zu schwellen; das Conjunctivalödem hält sich auf der gleichen Stufe. Temperatur ist erhöht. Therapie: beschränkt sich anfangs auf Anwendung von Kräutersäckchen, später auf Kataplasmen und Morphiuminjection. Am 5. März wurden 6 Blutegel an die Gegend des äussern Augenwinkel gesetzt, worauf das Ödem momentan etwas abnahm. Am 8. März immer noch beträchtliche Empfindlichkeit auf Druck in der äusseren oberen Orbitalgegend. Jetzt fängt das untere Lid an zu schwellen und ist druckempfindlich. Abendtemperaturen schwanken zwischen 38,1 und 38,7. Abnahme des Ödems in der Schläfengegend. Am 12. deutliche Fluctuation in der Tiefe des unteren Lides; bei der Spaltung entleert sich mässiger Eiter, und die Erscheinungen gehen bald zurück. Bis zum 15. März wird immer noch etwas Eiter aus der Öffnung abgesondert. Von da an kommt kein Eiter

mehr. Dagegen beim tiefen Druck in der Thränendrüsengegend eine fast ganz klare Flüssigkeit, wahrscheinlich Thränendrüsensekret. Das Ödem der Conjunctiva ist weg, die Empfindlichkeit am oberen Orbitalrand gegen Druck, die früher sehr gross war, ist nicht mehr vorhanden. Bis zum 18. März war die Öffnung geschlossen und am 22. die Schwellung der Lider annähernd verschwunden. — Eine Periostitis lässt sich in unserem Falle ausschliessen, einesteils durch den raschen Verlauf und dann durch die rasch aufhörende Empfindlichkeit gegen Druck und die fehlende Ausbreitung der Schwellung auf den vorderen Rand des Orbitalrandes. Dagegen wird eine Entzündung der Thränendrüse ohne Entzündung des umliegenden Bindegewebes kaum vorkommen. Dass aber die Thränendrüse bei dem ganzen Prozess eine wesentliche Rolle gespielt hat, dafür sprechen zwei Umstände. Einesteils war die Quelle des nachher durch das untere Lid entleerten Eiters offenbar in der Thränendrüsengegend, denn schon am Tage nach der Eröffnung konnte erst durch tiefes Drücken in der Thränendrüsengegend Eiter entleert werden. Zweitenteils ist die klare Flüssigkeit, welche erst durch Druck in die genannte Gegend entleert werden konnte, nur als Sekret der Thränendrüse zu deuten. Schliesslich harmoniert auch der Modus der Entwicklung vollständig mit der etwas verborgenen Lage des entzündeten Organes. Während des ganzen Verlaufes wurde weder über besondere Trockenheit des Auges noch über auffälliges Thränen desselben geklagt. —

Galezowsky: beschreibt einen Fall von acuter Dakryoadenitis. Die Symptome bei einer 77 jährigen Dame waren Härte am äussern Augenwinkel, hartnäckige Chemosis, heftige periorbitäre Schmerzen. G. sieht diese Symptome, weil er sie schon einmal beobachtete, als pathognomonisch für Dakryoadenitis an. —

Hörner: Patient bemerkte am 12. Februar ohne bestimmte Veranlassung das Auftreten einer Geschwulst an der äussern Hälfte beider oberen Augenlieder. Keine Rötung und Schmerzhaftigkeit. Sehschärfe normal. Der Rand beider oberen Lider normal, mittlere Lidspalte ist in den inneren zwei Drittel des Lides scharf ausgesprochen, im äusseren Drittel erscheint sie verstrichen durch eine in die Lidhaut vordringende Geschwulst. Die convexe Erhabenheit ist rechts 1,5 cm, links 1 cm breit und reicht vom Orbitalrande 1,5 cm nach unten. Die Haut ist hier leicht ödematös, unten fühlt man eine convexe, höckrige, harte, resistente nicht schmerzhafte Geschwulst. Die Übergangsfalte ist nach oben und aussen geschwellt. Im Übrigen ist die Conjunctiva palpebrarum et bulbi normal, die Bewegung des Bulbus nicht gehemmt. Die symmetrische Lage beider, in das normale Lid eingesenkten Geschwülste entscheidet die Diagnose: Eine mässige Entzündung wenigstens der unteren Teile der Thränendrüse. Aetiologie: unklar, eventuell Erkältung. Wie zu erwarten war, bemerkte Patient keine Veränderung in der Befeuchtung des Bulbus infolge der normalen Conjunktiva. Unter dem Gebrauch einer Jodkalisalbe ging die Geschwulst allmählich zurück. Am 16. März war linkerseits äusserlich keine Abnormität mehr bemerkbar. Beim Einschieben des kleinen Fingers unter das Orbitaldach fühlte man den scharfen, resistenten Drüsenrand; rechts dagegen überragte derselbe den Orbitalrand noch um einen halben Centimeter.

De Lapersonne: hat 4 neue Fälle von einfacher acuter Dakryoadenitis beobachtet, die mit Zerteilung abschlossen. Die Krankheit begann mit allgemeinem Übelbefinden leichtem Fieber und umschriebener Schwellung in der äusseren Hälfte des Oberlides, ohne fühlbare

Härte. Beim Anziehen des Oberlides sah man eine starke Injection und leichte Chemose ausschliesslich in dem äussern Abschnitte der Bindehaut. Die Schmerzen waren am Anfange sehr lebhaft.

von Reuss: Eine 60jährige Frau erkrankte 1879 zuerst an Dakryops des linken Auges. Im Jahre 1881, gerade nach 2 Jahren, wurde er wieder zu der Kranken gerufen. Ich fand an demselben Auge starke Lidschwellung, besonders in der äusseren Hälfte des Oberlides, das gerötet und beim Druck schmerzhaft war. Die Gegend der Thränendrüse war hart anzufühlen. Beim Öffnen drängte sich die lividrot aussehende geschwellte Drüse vor und zeigte in der Mitte des sichtbaren Teiles eine eitergelbe Stelle. Es war also Dakryoadenitis vorhanden. Auf Kataplasmen erfolgte nach 4 Tagen Durchbruch und Entleerung des Eiters, worauf rasche Abschwellung eintrat. Seitdem blieb die Kranke von weiteren Affektionen frei. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass Patientin nach Aussagen ihrer Angehörigen im Weinen das Erstaunlichste leisten kann; von Reuss hält sich jedoch nicht für berechtigt, diesen Umstand als ätiologisches Moment geltend zu machen.

Zuerst sah von Reuss im Jahre 1867 auf der Klinik Arlt's einen Fall von Dakryoadenitis. Dieser Fall glich dem vorigen. Ausser diesem erinnert er sich noch drei Fälle gesehen zu haben. In zweien war die Schwellung gering und die Affektion betraf nur eine umschriebene Partie der unteren Drüse; in dem einen Fall kam es nur zur Schwellung, die ohne sichtbare Eiterbildung zurückging, in dem zweiten bildete sich ein kleiner Abscess, der durch einen Einstich entleert wurde.
Einen schweren Fall von Dakryoadenitis sah von Reuss nur einmal. Ein etwa 9jähriges Mädchen mit deutlicher Scrophulose hatte er schon wiederholt an skrophulösen

Bindehaut- und Hornhautaffektionen behandelt. Nun fand er das Kind in einem tief gelegenen niedrigen, nicht ventilierten Zimmer, mit heftiger Lichtscheu und so geschwellten Lidern des linken Auges, dass an ein Öffnen und eine Besichtigung des Bulbus nicht zu denken war, um so weniger, als das Kind bei allen diesbezüglichen Versuchen heftigen Schmerz äusserte. Er beschränkte sich darauf, Arlt'sche Salbe an die Stirne einreiben zu lassen und, so gut es ging, Atropin einzuträufeln; das Ganze erschien ihm als ein heftiger Anfang des alten Übels. In den nächsten Tagen nahm die Schwellung zu, das Kind war appetitlos und fieberte; bald zeigte sich eine stärkere Schwellung und Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Thränendrüse, so dass die Diagnose auf Entzündung derselben gestellt und Kataplasmen ordiniert wurden. Nach wenigen Tagen erfolgt Durchbruch nach innen; es entleerte sich auf Druck auf die Thränendrüsengegend deutlich der Eiter aus der Gegend derselben durch die Lidspalte, was man, da die Lidschwellung rasch abnahm, gut beachten konnte, und sehr bald war das Kind völlig wiederhergestellt. Eine Verdrängung des Bulbus hat er, sobald dies untersucht werden konnte, nicht gesehen, was ihm die Richtigkeit der Diagnose zu bestätigen schien. Wie in den anderen Fällen war wohl auch hier nur die untere Drüse ergriffen, wobei eine Verwechslung mit phlegmonösen Prozessen in der Orbita schwerer möglich ist.

Sgrosso beschreibt zwei Fälle einer akuten primären Entzündung der Thränendrüse. Im ersten Falle nach einem Trauma (Funke ins Auge), im anderen ohne Ursache entwickelte sich Rötung und Schwellung der äusseren Hälfte des Oberlides. Eine harte, unebene, der Thränendrüse entsprechende Geschwulst, welche sich gegen den Orbitalrand abgrenzen liess, später der

Übergang in Eiterung, das Erscheinen des Eiters im äusseren Fornix conjunctivae und geringe Verdrängung des Bulbus nach innen; ferner, nachdem der Abscess eröffnet war, die Sondierung, welche den Knochen als nicht beteiligt erwies, und zuletzt die schnelle Heilung ohne Narbeneinziehung sind die Punkte, welche für das Krankheitsbild wesentlich sind. Eine genaue Litteraturübersicht über die bisher veröffentlichten Fälle ist beigefügt. In einem dritten Falle kam es zur Exstirpation der nussgrossen Drüse. In der Kapsel und dem angrenzenden interstitiellen Gewebe fand sich reichliche Infiltration von Rundzellen, welche die Drüsenläppchen auseinander drängte oder in die Acini und Gänge eindrang und die Drüsenzellen ablöste und zerstörte. Je näher dem Centrum zu, um so mehr trat Zerfall und Degeneration der Drüsenzellen unter der Form der trüben Schwellung und blasigen Entartung hervor, und im Centrum selbst fand sich ein grosser nekrotischer Herd. Die Gänge waren durch Sekret erweitert oder zusammengedrückt. An den Gefässen war Endarteriitis proliferans neben granulärer Entartung der Media und Infiltration der Adventitia nachweisbar.

Snell: berichtet über einen Fall von akuter einfacher Entzündung beider Thränendrüsen bei einer 36 Jahre alten Frau, die aber bald wieder zurückging. Während des Bestehens der Entzündung war an dem einen Auge gar keine, an dem andern nur eine sehr schwache Absonderung von Thränenflüssigkeit bemerkbar.

Nunmehr lasse ich den in der hiesigen Klinik beobachteten Fall von akuter Dakryoadenitis folgen:

Die 3 Jahre alte Gärtnerstochter Gertha Karsten erkrankte am 13. Mai 1897, ohne dass irgend eine all-

gemeine Infektionskrankheit nebenher- oder vorausging, an einer Entzündung des linken Auges; die Entzündung that sich durch Rötung, Thränen und geringe Schmerzen kund. Vor 3 Tagen trat nachts eine wesentliche Verschlimmerung ein, derart, dass das Auge anschwoll, und heftige Schmerzen bestanden. Während der erzte Arzt angeblich das Leiden als Bindehautsentzündung auffasste und behandelte, vermochte der zweite bereits den Bulbus nicht mehr zu sehen, so gross war die Schwellung der Lider. Der Arzt ordnete daher die Überführung in die Klinik an, und fand Patientin am 18. Mai Aufnahme in der hiesigen Augenklinik.

Status:

R. A. völlig normal.

L. A. zeigt eine mässige Schwellung und Rötung beider Lider, am oberen besonders in der äusseren Hälfte stark ausgesprochen. Bei genauerer Betrachtung sieht man hier eine ziemlich scharfe Grenze zwischen prominenter und nicht prominenter Partie, die etwa der Grenze zwischen innerem Drittel und den äusseren zwei Dritteln entspricht. Die Lidspalte ist durch eitriges Sekret verklebt; bei der Betastung fühlen sich die Lider weich an. Aussen unter dem oberen Lide wölbt sich eine ziemlich harte Masse hervor mit höckriger Oberfläche von Kirschgrösse, die gegen den Orbitalrand abgrenzbar und verschieblich ist. Die Betastung scheint nicht besonders schmerzhaft zu sein. —

Bei Öffnung der Lidspalte erkennt man den völlig normalen Bulbus etwas nach innen verdrängt. Die Conjunctiva Bulbi ist kaum injiciert, dagegen in der ganzen äusseren Hälfte von einer ziemlich harten, intensiv geröteten, stark prominenten Masse überlagert, die zum Theil dem durch das Lid fühlbaren Tumor entspricht. An seiner Grenze zunächst der Cornea findet sich eine

Perforationsöffnung, aus der sich reichliche Massen gelben rahmigen Eiters entleeren. Die Sonde dringt nach oben 2 cm weit ein, ohne auf rauhen Knochen zu stossen. — Die benachbarten Drüsen sind nicht geschwollen.

13. V. 1897. In Chloroformnarkose wird an dem der Fistel benachbarten Teile ein Stück zur mikroskopischen Untersuchung und zur Einimpfung in die vordere Kammer eines Kaninchens (2.) excidiert.

21. V. 1897. Bedeutende Abnahme der Schwellung und Rötung der Drüsengegend.

26. V. 1897. Patientin wird als geheilt aus der klinischen Behandlung entlassen.

Behufs Feststellung der Diagnose wurde eine Probeexcision der in den Conjunctivalsack hineinragenden Geschwulst vorgenommen. Des excidierte Stück wurde in Alkohol fixiert und gehärtet, in Paraffin eingebettet, geschnitten, mit Hämatoxylin gefärbt und mit Erosin nachgefärbt. Die Untersuchung ergiebt Folgendes: Die Schleimhaut ist entzündlich verdickt, von kleinzelliger Infiltration durchsetzt und von zahlreichen weiten Gefässen durchzogen. Knötchenbildung, Riesenzellen, epitheloide Zellen sind nicht vorhanden. Von der Oberfläche nach der Tiefe fortschreitend, nimmt die kleinzellige Infiltration mehr zu: das Gewebe ist stellenweise eitrig eingeschmolzen; in der Tiefe sieht man Drüsenläppchen sowohl auf dem Querschnitt als auch längs getroffene Drüsengänge. Keiner derselben zeigt ein noch offenes Lumen, sondern überall findet man dieselben mit Rundzellen vollgepfropft, ebenso wie auch die Wandungen der Gänge stark kleinzellig infiltriert sind. Das die Drüsen umgebende interstitielle Gewebe befindet sich, wie schon erwähnt, im Zustande höchstgradiger Entzündung, stellenweise auch des Zerfalls, und

es erscheint zweifellos, dass die specifischen Drüsenelemente secundär am Entzündungszerfall teilnehmen. —

Nach allem, sowohl dem klinischen Bilde, also: Das schnelle Ansteigen der Entzündungserscheinungen, das ungewöhnlich rasche Abklingen der Entzündung nach Durchbruch des Eiters — als auch nach dem mikroskopischen Befunde, der das Bild einer reinen Entzündung bietet und nichts von Tuberculose speciell entdecken lässt — als auch nach der bakteriologischen Untersuchung, indem der Impfversuch in die vordere Kammer eines Kaninchens mit dem Auftreten einer leichten Iritis antwortete, und indem die Untersuchung nur Staphylococcen [albi et aurei] ergab — nach Allem haben wir es mit einer reinen Dakryoadenitis akuta suppurativa zu thun. —

Vergleichen wir diesen Fall mit demjenigen, der vor drei Monaten in der hiesigen Klinik beobachtet und von Jaerisch publiziert worden ist, so zeigt sich trotz der ganz anderen Aetiologie [hier Staphylococcen, dort Tuberculbacillen] eine nicht zu verkennende Ähnlichkeit im klinischen Bilde. Allerdings ist in dem Fall von Jaerisch die Entwickelung des Krankheitsbildes viel langsamer verlaufen, aber hier wie dort hatten wir bei der Vorstellung der kleinen Patientin in der hiesigen Klinik: Lidödem, starke Vergrösserung der Thränendrüse, Conjunctivalchemose, Verdrängung des Bulbus und vor allen Dingen Abscessbildung in der Drüse. Ebenso war bei beiden Fällen die Anamnese völlig negativ. Es geht hieraus hervor, dass unter Umständen auch hinsichtlich der Aetiologie eine völlig sichere Diagnose erst durch die bacteriologisch-anatomische Untersuchung gestellt werden kann. Und doch ist solch eine Diagnose in therapeutischer Beziehung von grosser Wichtigkeit, indem bei einer einfachen abscedierenden

Dakryoadenitis Incision und feuchtwarme Umschläge stets baldige Heilung herbeiführen, erheischt die tuberculöse Form der Entzündung die Exstirpation der gesammten Drüse.

Unter dieser Behandlung hat denn auch die Heilung in wenigen Tagen so bedeutende Fortschritte gemacht, dass das Kind bereits nach 8 Tagen mit folgendem Befunde entlassen werden konnte: Die Augen sind völlig reizlos; es besteht noch eine leichte Vortreibung der Conjunctiva Bulbi aussen. Ein Tumor lässt sich nicht mehr abtasten.

Zum Schlusse der Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Schirmer, für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Unterstützung bei Anfertigung derselben, und ebenso Herrn Dr. Stutzer und Herrn Dr. Meyer für die freundliche Hülfe ganz ergebenst zu danken.

Lebenslauf.

Gustav Adolf Döring wurde als Sohn des verstorbenen Justizrates G. Döring am 12. August 1866 zu Schlochau in Westpreussen geboren. Er verliess September 1889 das Gymnasium zu Dramburg mit dem Zeugnis der Reife, um Medicin zu studieren. Während der ersten drei Semester studierte er in Breslau, wo er auch vom 1. April 1890 bis 30. September beim Grenadierregiment König Friedrich Wilhelm II (1. Schlesisch.) No. 10 seiner militärischen Dienstpflicht genügte. Sodann bezog er die Universität Würzburg für fünf Semester, bis Sommersemester 1893 inclusive. Anfang November 1893 bestand er in Königsberg die ärztliche Vorprüfung und verblieb daselbst zwei Semester. Zur Beendigung seiner Studien begab er sich nach Greifswald, wo er am 20. Mai 1897 die ärztliche Prüfung und am 26. Mai 1897 das Examen rigorosum bestand.

In Breslau:

Born, Hasse, Heidenhain, Ladenburg, Meyer.

In Würzburg:

Fick, Geigel, v. Kölliker, v. Leube, Reichel, v. Rindfleisch, Röntgen, Sachs, Schulz, Semper.

In Königsberg:

Braun, Dohrn, Jaffé, Lichtheim, Meschede, Schneider, Stieda.

In Greifswald:

Beumer, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Loeffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Differentialdiagnose zwischen akuter und tuberkulöser Dakryoadenitis ist mit Sicherheit nur auf Grund bacteriologischer und pathologisch-anatomischer Untersuchung zu stellen.

II.

Bei frischer Fractur ist ein Gypsverband contraindiciert.